ITEM 023 : GROSSESSE NORMALE

SUIVI

- 60 % de grossesses normales, 40 % de grossesses difficiles avec 10 % de grossesses à risques.
- **1 consultation préconceptionnelle** au préalable (dans l'idéal).
- **8 consultations prénatales** (remboursées à 100 %) **:** 1re consultation dans les 3 mois (< 15 SA) puis 1/mois.

➞ Pour une grossesse normale, le suivi peut être fait par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue ou obstétricien) selon le choix de la patiente.

➞ Suivi de fin de grossesse (dès 7-8e mois) assuré par l'équipe obstétricale (médecin ou sage-femme).

La HAS recommande 2 consultations du 1er T (avant 10 et 16SA) : avancer consultation du 4e mois ou ajouter une consultation.

- **1 entretien prénatal** de prévention au 4e mois ; individuel ou en couple par un professionnel de la périnatalité.
- **3 échographies** obligatoirement proposées (non obligatoires) pour une grossesse normale : remboursées à 100 %, nécessité du **consentement écrit** de la patiente. Attention : échographies non-infaillibles.
- **Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)** : 2 consultations par une sage-femme à domicile.
- **1 consultation post-natale** dans les 6 à 8 semaines du post-partum (remboursées à 100 %).

AVANT LA CONCEPTION

Dans l'idéal : grossesse précédée d'une consultation préconceptionnelle pour :
- Prescrire détermination **groupe sanguin (ABO, Rh et Kell) + RAI.**
- Sérologies **toxoplasmose et rubéole**, proposer dépistage **VIH.**
- Recherche de **FdR de pathologies chroniques** : HTA, diabète.
- Sensibilisation au tabagisme, alcool, consommation produits toxiques, médicaments effets tératogènes.
- Prévention anomalies fermeture tube neural : prescription **acide folique 0,4 mg/j** au moins 1 mois avant conception.
- Examen gynécologique et dépistage du cancer du col selon les recommandations.
- Informations générales sur bénéfice suivi de grossesse.

MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES

Constantes

- **Température** : **plateau thermique ≥ 37e** au 1er trimestre, tendance à l'hypothermie en fin de grossesse.
- **PA** : baisse de PA (5-10 de PAS et 10-15 de PAD) la 1re moitié, retour à la normale au 3e trimestre.

Poids

- La grossesse nécessite une augmentation de 15 à 30 % du métabolisme basal.
- **Gain pondéral recommandé** pour une patiente ayant un IMC :
  . < 18,5 : +12,5-18 kg.
  . Entre 18,5 et 24,9 **: + 11,5 à 16 kg** (4-5 kg initialement puis 1-2 kg/mois en fin de grossesse).
  . Entre 25-29,9 : + 7-11,5 kg.
  . > 30 : + 5-9 kg.

Métabolisme

- **Hypermétabolisme** : accumulation de réserve au 1er-2e trimestre, mobilisation au 3e trimestre.
- Lipides : . **Hypertriglycéridémie** (x 2-3) jusqu'à 6 semaines post-partum.
  . **Hypercholestérolémie** (x2) jusqu'à 8 semaines post-partum.
- Augmentation des PAL.
- **Hypoprotidémie** et **hypoalbuminémie** : augmentation de la synthèse protéique, mais hémodilution.
- **Baisse de la glycémie** (1er T) puis **hypersécrétion d'insuline** et ↗ **de l'insulino-résistance** (2e-3e T).

	Fonction organique	- **Respiratoire** : ↗ des besoins en O_2 de 20-30 % : ↗ FR de 40-50 %, ↘ CRF/VRE, ↗VT & ventilation alvéolaire (progestérone), ↗capacité vitale, sensation de manquer d'air sans hypoxie : - Élargissement de la cage thoracique (↗diamètre transversal pulmonaire), surélévation du diaphragme. - Aux gaz du sang : pH stable, PaO2+, PaCO2- (dyspnée), HCO3-. - **Circulatoire** : ↗ volémie, débit cardiaque, FC et VES, ↘ tension artérielle les 2 premiers mois par vasodilatation périph : . Les œstrogènes agissent sur la FC et le DC, progestérone agit sur le relâchement veineux et la rétention hydrique, majoration de la rénine, de la pro-rénine et de l'aldostérone, effet Poseiro (compression cave en position allongée par l'utérus : ralentissement RCF, lipothymie). - **Digestive :** nausées/vomissements fréquents au 1er T, RGO +fréquent : altération de la fonction gastrique dès le 3e mois avec diminution du tonus du SIO, du péristaltisme, VB atone et vidange ralentie, grêle de mobilité réduite, réabsorption d'eau majorée au niveau du côlon (toute femme enceinte doit être considérée comme « estomac plein » même à jeun à partir du 2e trimestre). - **Rénaux** : ↗ flux sanguin rénal, taille et poids des reins, dilatation pyélocalicielle, ↗ DFG (de 40 %) et ↘ créatininémie/urémie, rétention hydrosodée (bilan sodé et hydrique positif + 6-8 litres d'eau), ↗ glycosurie et protéinurie. . Dilatation urétérale dès 6SA, prédominant à droite, augmentation filtration glomérulaire rénale. - **Endocrinologique :** hyper-vascularisation et hyperplasie de l'hypophyse, ↗prolactine/ocytocine, hypercorticisme, insulinorésistance au 3e T (hCG/prolactine), hypertrophie thyroïdienne (TSH ↘, T3-T4 normales), hypocalcémie (parathyroïdes ± modifiées). - **Vasculaire :** ↗ stase & dilatation veineuse : œdème des membres inférieurs et des extrémités, hyperpression veineuse (varices, hémorroïdes…), angiome stellaire, érythème palmaire. - **Cérébrale :** sécrétion d'endorphines et d'enképhalines, insomnie, concentration et attention modifiées, « post-partum blues ». - **Oculaire :** augmentation de PIO, œdème cornéen. - **Peau** : vergetures, ligne brune, masque de grossesse, érythrose palmaire. - **Seins** : volume augmenté, modification des aréoles et des mamelons. - **Gynéco** : congestion vulvaire, épaississement muqueuse vaginale, leucorrhées physiologiques, ↘ pH vaginal, col utérin **long**, **fermé** et **postérieur.** - **Rhumatologique :** lordose, mobilité des os du bassin.
	Biologique	- **Augmentation du volume plasmatique** avec **hémodilution** : **↘ protidémie**, **↘ hématocrite**, **↘ Hb** (Hb : N = 11-12 g/dL). VGM et CCMH inchangés. - Augmentation des besoins en fer/folates/B12. Ferritine variable (**↗ ou ↘).** - **Hyperleucocytose physiologique** < 15 G/L, PNN augmentés, myélocytes/métamyélocytes 3 %. - **Thrombopénie** discrète > 100 G/L en fin de grossesse. - **↗ facteurs de coagulation** et **↘ fibrinolyse** → **↗** du **risque thrombo-embolique** (++ en post-partum) : fibrinogène augmenté (5-6 g/l), FVII et VIII très augmentés, FII, X, X, XII augmentés, FV inchangé, FXI ET XIII diminués, ATIII et protS diminués, activité fibrinolytique diminuée. - **VS augmentée.**
SYMPTÔMES	1er trimestre	- **Nausée/vomissements** : > 50 %, persistants toute la journée, début avant 8 SA, disparition à 12-22 SA : → Fractionner les repas, boire à distance de repas (petites quantités), alimentation libre (manger lentement), éviter le jeûne et les odeurs fortes. → Si léger : doxylamine +/- associée à de la pyridoxine (vitamine B6)/dimenhydrinate ou gingembre (si léger). → Si sévère avec perte de poids++, augmentation de créatinine, troubles ioniques : hospitalisation, anti-émétiques (antihistaminiques, antidopaminergiques, anti-sérotoninergiques 5-HT3). - **Hypersalivation.** - **Anorexie/boulimie.** - **Hypersomnie.** - **Tension mammaire**.
	2e trimestre	- **Chloasma** (tâche hyper-pigmentée du visage), **vergetures**, **varices**, **varices vulvaires, OMI**. - **Hémorroïdes** : compression veineuse par l'utérus, persiste en post-partum : TTT de la constipation (lubrifiant/anesthésique local), paracétamol, avis spécialisé si douleur persistante. - **Constipation** (la progestérone ralentit le transit) : hydratation, régime riche en fibres, activité physique, +/- laxatif si échec. - **Douleurs pelviennes** (**cystite**, **candidose**) : paracétamol si besoin, éviter les AINS (CI formelle dès 24 SA, sauf Aspirine < 160 mg), utilisation possible de corticoïdes, +/- codéine si palier 2 nécessaire (risque de dépression respiratoire/syndrome de sevrage néonatal si TTT prolongé). - **Crampes** (fuite urinaire de Mg) : hydratation, activité physique, étirements, +/- supplémentation en Mg. - Fréquente sensation de **jambes lourdes** (compression pelvienne). - **Anémie,** épistaxis, saignements gingivaux.

	3e trimestre		- **OMI**, **crampes des MI.** - **Lombalgie**, **sciatalgie.** - **Contractions utérines** : 5 à 10/jour, surtout le soir. - **Pyrosis/RGO** (fréquent) : fractionnement, adaptation posturale, pas d'effort postprandiale, +/- antiacide/IPP. - **Prurit.** - **Sécrétion lactée.** - **Syndrome du canal carpien.** - **Palpitations**, **dyspnée.** - **Insomnie nocturne.** - **Ralentissement de l'idéation.**	
	Complications à dépister		- **Métrorragies** au 1er T (fausse couche, GEU), 2e -3e T (placenta bas inséré/HRP = urgence). - **HTA gravidique** ≥ 140/90 après 20 SA. - **Diabète gestationnel** : GAJ ≥ 0,92 g/L ou une valeur pathologique au test d'HGPO. - **Protéinurie** significative si ≥ 0,3 g/24 h ou 30 mg/mmol. - **Œdèmes** : OMI classiques en fin de grossesse, mais évoquer prééclampsie (surtout si œdèmes des mains ou du visage). - **Contractions utérines** physiologiques en fin de journée si < 10/jour, évoquer MAP si régulières/douloureuses. - **Petit pour l'âge gestationnel (PAG)/RCIU** : hauteur utérine faible, diagnostic à l'écho. - **Absence de mouvements actifs** >20SA = consultation en urgence. - **Autres** : anémie, infection, MST, immunisation Rh, siège, hypoxie/mort in utero…	
1ER TRIMESTRE	2 cs = < 10 SA et < 15 SA (= 3 mois)	Confirmation de l'état de grossesse		- **Retard des règles.** - **Signes sympathiques de grossesse** : **tension mammaire**, **somnolence**, **fatigue**, **pollakiurie**, **vertiges** puis **nausées**, voire **vomissements.** - **Examen au spéculum** (non systématique) : col violacé, glaire cervicale coagulée absente. - **TV** : utérus globuleux, augmenté de volume (7 SA = mandarine, 10-12 SA = orange, 14 SA = pamplemousse), ramollissement utérin > 8 SA, signe de Noble (doigt dans le cul-de-sac de douglas bute contre le contour évasé de l'utérus). - **BDC fœtal** (Doppler fœtal) : perçus à la fin du 3e mois (9-10 SA), 190-200 bpm à 9 SA, 130-150 bpm à 14 SA. Si doute diagnostique : - Test urinaire de grossesse. - **Dosage qualitatif de β-hCG >5UI/L** urinaire/sanguin (très fiable) : seulement si doute. - **Échographie pelvienne** : grossesse visible à partir de 5 SA et activité cardiaque à partir de 5 SA ½ avec une échographie vaginale.
		Datation théorique du terme		- **Date de début de grossesse (DDG)** = 14 jours après la date des dernières règles (DDR), en théorie (toujours préférer la méthode échographique, plus précise). ➝ En cas de FIV avec embryon frais : DDG = date de ponction (= jour de fécondation). ➝ Mesure échographique de la **longueur craniocaudale (LCC)** entre 11 et 13 SA + 6 (LCC = 45-84 mm) : méthode +fiable que la date des dernières règles (si critères qualité respectés) ➝ Âge gestationnel en **semaines d'aménorrhée** (SA) = ajouter 14 j depuis la DDG. - **Date théorique d'accouchement** : 41 SA, grossesse « prolongée » > 41 SA (surveillance++), « terme dépassé » > 42 SA (risques obstétricaux majeurs : terminaison de la grossesse).
		Évaluation du risque de la grossesse		- Terrain : âge < 15 ans ou > 35 ans, IMC > 25, HTA, diabète, troubles de coag… - Risques infectieux : ++toxo, rubéole, herpès, syphilis, coqueluche, CMV, VIH, hépatites, zika. - Antécédents familiaux : maladie héréditaire, thrombo-embolique… - Antécédents obstétricaux : GEU, FCS, HTA, malformation fœtale, accouchement préma, cholestase gravidique, césarienne, déroulement grossesse, etc. - Antécédents chirurgicaux : fracture du bassin, chirurgie utérine. - Risques professionnels. - Traitements tératogènes, tabac, alcool, drogues. - Contexte socio-économique : précarité, chômage, mère célibataire, migrant.
			Suivi recommandé (HAS)	- **A** = grossesse sans risque : suivi par un médecin ou une sage-femme. - **A1** = avis d'un gynécologue-obstétricien ou autre spécialiste **conseillé.** - **A2** = avis d'un gynécologue-obstétricien ou autre spécialiste **nécessaire.** - **B** = haut risque : **suivi régulier** par un gynécologue-obstétricien.

		Bilan obligatoire	- **1re détermination ABO, Rh complet et Kell** (si aucune détermination complète) et **RAI.** ➝ Si la femme est rhésus D négatif et le père positif : génotypage du rhésus fœtal proposé sur sang maternel dès 11 SA (prise en charge et remboursement par l'assurance maladie). ➝ Si le fœtus est rhésus D négatif : confirmation sur 2e prélèvement au minimum 15 jours après le 1er et au-delà de 18 SA ➝ Absence d'immunoprophylaxie (même si RAI+ !) ➝ Si le fœtus est rhésus D positif : pas de 2e prélèvement et immunoprophylaxie nécessaire en cas de situation à risque (et systématique à 28SA & à la naissance). ➝Si le fœtus est rhésus D positif et patiente déjà immunisée (RAI positive Anti-D) : pas de 2e prélèvement, incompatibilité materno-fœtale : surveillance bio (titrage et dosage pondéral des Ac) et écho (doppler cérébral fœtal avec mesure vitesse max, si Vmax > 1,5MoM = signe d'anémie fœtale). - **Sérologie rubéole et toxoplasmose** (en l'absence de résultat antérieur écrit). - **Sérologie syphilis** : un test tréponémique sur Ig totales par (ELISA/EIA) seul, confirmé par un test non tréponémique (VDRL) en cas de positivité. - Hépatite B : **Ag HBs**. - **BU** : **albuminurie**, signes d'infection urinaire (leucocytes/nitrites), glycosurie (sans intérêt).
		À proposer pour toutes	- **Sérologie VIH** (avec accord de la patiente) et **VHC.** - Prescription de **l'échographie du 1er trimestre** (entre **11 SA et 13 SA + 6j**) par un échographiste agréé. - Information sur le **dépistage combiné de la trisomie 21** ± prescription du **dosage des marqueurs sériques du 1er trimestre** (mesure de la clarté nucale par échographiste agréé+ dosage de la chaine libre β-HCG et de la PAPP-A + âge maternel), entre 11 SA et 13 SA + 6~~)~~**,** après consentement écrit. Si mesure de la nuque effectuée entre 11 et 13SA+6, mais que prélèvement au laboratoire entre 14 et 17 SA + 6 j : réalisation de **marqueurs du 2e trimestre**. Si absence de mesure de nuque ou écho non faite par un échographiste agrée : dosage des **marqueurs non combinés du 2e trimestre** entre 14 et 17 SA + 6 j (hCG totales, alpha-FP). ➝ Risque ≥ 1/50 ou clarté nucale ≥ 3,5 cm : caryotype fœtal d'emblée. ➝ Risque entre 1/1000 et 1/51 : recherche de l'ADN libre circulant de la trisomie 21 = DPNI (test ADNlcT21), confirmée par un caryotype fœtal si positive.
		À proposer selon les patientes	- **Glycémie à jeun** si ≥ 1 FdR : âge ≥ 35 ans, IMC ≥ 25, atcd familial de diabète au 1er degré ou atcd personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome. - **ECBU** si atcd d'infection urinaire, BU positive ou diabète. - **NFS** si antécédent d'anémie, grossesses rapprochées ou chez l'adolescente, **+/- ferritine** (+Hb), recommandée par la HAS pour adapter les conseils de prévention. - **Electrophorèse de l'hémoglobine** si africaine/antillaise (thalassémie, drépanocytose). - **TSH** si antécédent de dysthyroïdie. - **Dépistage du cancer du col** selon les recommandations. - **Prélèvement vaginal** si leucorrhées (recherche de vaginose bactérienne)**.** - Détermination du **génotype RHD fœtal** si mère Rh- et conjoint Rh+. - Éventuellement **sérologie CMV** pour adapter les mesures de prévention.
		Déclaration de grossesse	= A réaliser avant 14 semaines de grossesse soit **16 SA** : en ligne ou sur formulaire. - Préciser : date de consultation, date de début de grossesse, examens obligatoires prescrits. - Complété et adressé par la patiente en 2 exemplaires à la **CAF** et 1 exemplaire à la **CPAM**. - Permet la PEC des cs et examens obligatoires et la couverture médicale à 100 % > 24 SA.
			- **Conseils hygiéno-diététiques** : arrêt de l'alcool et du tabac, éviter l'automédication, activité sportive adaptée, alimentation équilibrée (attention aux carences si régime végétarien), prévention de la **toxoplasmose** (si sérologie négative : bien cuire/surgeler la viande, laver les fruits et les légumes, éviter le contact avec les chats et leur litière), de la **listériose** (éviter les fromages non pasteurisés et les charcuteries artisanales) et **CMV** (éviter tout contact avec les sécrétions d'enfant en bas âge). - Vaccin **antigrippal** recommandé (à tout trimestre), vaccin COVID dès 2°T, **+ coqueluche/VRS.**
	Échographie de datation du 1er trimestre 11 SA – 13+6 SA		Non obligatoire mais nécessaire pour un bon suivi. - Confirme la **localisation.** - Confirme la **vitalité fœtale** : **sac gestationnel** visible > 5 SA et **activité cardiaque** > 5 SA et ½. - Confirme ou corrige le **terme** (± 3 à 5 jours) : **longueur crâniocaudale** et **diamètre bipariétal.** ➝ **LCC : 45 mm à 11 SA** puis **+ 13 mm/SA** = 56 mm à 12 SA, 72 mm à 13 SA, 85 mm à 14 SA. - Dépistage : **grossesse multiple** (chorionicité), **malformation sévère** (membre, anencéphalie, omphalocèle…), mesure de la **clarté nucale.**

	Entretien prénatal précoce (EPP)	= Plan Périnatalité 2005-2007 : entretien individuel ou en couple, proposé systématiquement autour du **4e mois** (ou avant/après si besoin), dure **45 min**, réalisé par une sage-femme ou un médecin reconnu, première séance de préparation à la naissance et à la parentalité (8 séances), renouvelé si besoin. - Favoriser **l'expression des attentes, besoins** et **projets parentaux.** - Information sur les **ressources de proximité** et sur le **réseau de périnatalité.** - **Explication** sur la grossesse, les examens, les toxiques (tabac, alcool, cannabis, psychotropes) les consignes d'alimentations (toxoplasmose, listériose), les modifications du corps…
	Projet de naissance	**Aspirations de la femme, du couple et de l'offre de soins locale**. Inclut : organisation des soins et du suivi, préparation à la naissance et parentalité, modalités d'accouchement, retour précoce à domicile, recours en cas de difficulté. Peut être formalisé par une document écrit rédigé par les parents.
2E TRIMESTRE	Examen mensuel	- Recherche de facteurs d'insécurité ou de stress, d'hémorragies SFU, **contractions utérines physiologiques** (**de Braxton-Hicks**), leucorrhées, métrorragies, fièvre. - Examen général, poids, TA, mesure de la hauteur utérine. - **BU** à la recherche d'une bactériurie asymptomatique, et **protéinurie.** - **Bruits du cœur fœtaux** (doppler dès 12-14SA), **mouvements actifs fœtaux** (à partir de 18-20 SA)**.** ± **Examen gynéco** seulement si signes cliniques, dépistage du cancer du col nécessaire, ou dès le 8e mois. ± **Sérologie toxoplasmose** : 1 fois/mois si séronégative. ± **ECBU** si pathologie urologique, antécédent d'infections urinaires à répétition, diabète ou BU positive.
		Hauteur utérine : = Mesure du **bord supérieur de la symphyse pubienne** jusqu'au **fond utérin** : - **De 4 à 7 mois = 4 x nombre de mois** puis **+/- 2/mois au 8e et 9e mois.** ou **< 32 SA** = **nombre de SA – 4**, puis **> 32 SA : + 0,5 cm à chaque SA** supplémentaire. - ↘ : erreur de terme, RCIU, oligoamnios, arrêt de grossesse. - ↗ : erreur de terme, grossesse multiple, macrosomie, hydramnios.
	4e mois 16-20 SA	- Examen mensuel. - Prescription de **l'échographie morphologique du 2e trimestre** à faire à **22 SA** (**entre 20 et 24 SA**). ± **Dépistage de la Trisomie 21** : Prescription du dosage des **marqueurs sériques du 2nd trimestre** (**entre 14 et 17+6 SA :** hCG totales, AFP, œstriol) si non fait. - **Sérologie rubéole** si séronégative antérieurement. - Proposition entretien prénatal précoce si pas déjà fait. + Proposer un bilan buccodentaire (pris en charge à 100 % par la CPAM).
	Écho du 2e trimestre (22 SA)	- **Biométrie fœtale :** diamètre biparietal, périmètre abdominal et longueur fémorale. - **Vitalité fœtale, localisation placentaire.** - **Volume du liquide amniotique** : hydramnios, oligoamnios. - Dépistage de **malformations fœtales.**
	5e mois 20-24 SA	- Examen mensuel. - Résultats de l'échographie morphologique du 2e trimestre.
	6e mois 24-28 SA	- Examen mensuel. - **Dépistage d'un diabète gestationnel** par **HGPO** (75 g de glucose) entre **24-28 SA** si ≥ 1 FdR et glycémie à jeun normale : ➙ T0 : N < 0.92 g/dL, T60 : N < 1.80 g/dL, T120 : N < 1.53 g/dL. - Examens obligatoires : . **NFS** (+ recommandation HAS de dosage de ferritine : carence si < 12 µg/L) . **RAI** chez la femme Rh- ou Rh+ avec antécédents transfusionnels. - **Prévention systématique de l'allo-immunisation fœto-maternelle** à **28 SA** si femme Rh- et RAI- et conjoint Rh + (± génotype RHD fœtal +) : injection de **300 µg** de **gammaglobuline anti-D (Rhophylac®).** - Information sur les **cours de préparation à l'accouchement** (100 % remboursée). - Prescription de **bas de contention** à porter pendant le 3e trimestre et le post-partum.
3E TRIMESTRE	➙ Si suivi par un médecin généraliste : début de suivi spécialisé **< 30 SA** (gynécologue-obstétricien ou sage-femme).	
	7e mois 28-32 SA	- Examen mensuel. - Prescription de **l'échographie du 3e trimestre** à faire à **32 SA** (**entre 30 et 35 SA**). - **Prophylaxie des carences en vitamine D** : **1 dose unique de 100 000 UI.** - Traitement d'une éventuelle **carence martiale** dépistée à la NFS du 6e mois.
	Écho de croissance du 3e trimestre	- **Présentation fœtale** (céphalique/siège). - **Croissance fœtale** (retard de croissance, macrosomie) ; **score biophysique de bien être de Manning** - **Localisation placentaire** et **quantité de liquide amniotique** (oligoamnios/hydramnios). - Diagnostic tardif de **malformations.**

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td>8e mois
32-37 SA</td><td colspan="4">- Examen mensuel.
- TV systématique : présentation fœtale, formation du segment inférieur.
- RAI si femme Rh- (sauf si Rhophylac®) ou antécédent de transfusion, avec identification et titrage des anticorps si RAI positifs.
- 2e détermination du groupe sanguin-Rhésus.
- Prélèvement vaginal pour dépistage du portage de streptocoque B (Amoxicilline en début de travail si positif).
- Prophylaxie des carences en vitamine D (100 000 UI) si non prise en début de 7e mois.
- Prévoir la consultation pré-anesthésique systématique.
- Début du congé maternité prénatal à 35 SA.</td></tr>
<tr><td>9e mois
37-42 SA</td><td colspan="4">- Examen mensuel avec TV et pelvimétrie clinique.
- RAI si femme Rh- ou antécédent de transfusion (sauf si Rhophylac®).
- Information en cas d’urgence (RPM, nature des contractions du travail) ➙ maternité.
- Convocation le jour du terme présumé (41 SA) : surveillance, déclenchement du travail.</td></tr>
<tr><td rowspan="11">POST-NATAL</td><td>Consultation post-natale</td><td colspan="4">= Dans les 6 à 8 semaines suivant l’accouchement : obligatoire, par un médecin généraliste ou spécialiste, ou par une sage-femme si grossesse normale et accouchement eutocique.
- Évaluation de l’état psychologique++, examen du périnée et des seins (allaitement).
- Dépistage cancer du col si non réalisée avant.
- Sérologie toxoplasmose si négative (séroconversion tardive).
- Vaccination rubéole si non immunisée.
- Prescription de séances de rééducation abdominales et périnéales si besoin (incontinence anale post-partum ou incontinence urinaire persistant > 3 mois).
- Discussion et prescription de contraception.
- Congé pathologique supplémentaire post-natal de 4 semaines en cas de pathologie maternelle.</td></tr>
<tr><td>Violences obstétricales</td><td colspan="4">- Fréquence mal connue, de 13 à 100 % selon les études. OMS : 8 normes qualités de soins (2017).
- Comportements, actes, paroles ou omissions commis par un professionnel de santé non justifiés médicalement ou accomplis sans le consentement libre et éclairé de la femme.
- Période périnatale à risques car nombreux gestes médicaux.
- Sept dimensions : violence physique, sexuelle, verbale, stigmatisation et discrimination, absence de respect des règles de bonnes pratiques, soins inappropriés, mauvais rapport entre la femme et un des soignants, violence institutionnelle.
- Conséquences à court (douleurs, craintes) et long terme (stress post-traumatique, peur des soins gynécologique ou de l’accouchement, image corporelle négative, sentiment de déshumanisation).</td></tr>
<tr><td>PEC</td><td colspan="4">- 1er – 5e mois : frais médicaux/pharmaceutiques remboursés aux tarifs habituels de la sécu.
- Dès le 6e mois (24SA) et jusqu’à 12 j post-partum : prise en charge de tous frais médicaux remboursables et des frais pharmaceutiques à 100 % (en lien ou non avec la grossesse).
+ Prise en charge à 100 % de la consultation post-natale à 6-8 semaines.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Congé maternité</td><td colspan="2">0-1 enfant à charge</td><td>6 semaines prénatales</td><td>10 semaines post-natales</td></tr>
<tr><td colspan="2">≥ 2 enfants à charge</td><td>8 semaines prénatales</td><td>18 semaines post-natales</td></tr>
<tr><td colspan="2">Jumeaux</td><td>12 semaines prénatales</td><td>22 semaines post-natales</td></tr>
<tr><td colspan="2">Triplés ou plus</td><td>24 semaines prénatales</td><td>22 semaines post-natales</td></tr>
<tr><td colspan="4">Congé supplémentaire si grossesse pathologique : + 2 semaines prénatales.</td></tr>
<tr><td colspan="4">- Le congé post-natal débute à la date prévue du terme (et non de l’accouchement).
- Le congé peut débuter jusqu’à 38 SA, en cas de grossesse normale, avec allongement égal de la durée du congé post-natal (+ 3 semaines).
- Congé paternité : 25 jours (32 jours si naissance multiple) : à prendre en une ou plusieurs fois.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Choix de maternité</td><td colspan="4">= Selon le choix des parents et le niveau de risque de la grossesse (réévalué à chaque consultation) :</td></tr>
<tr><td>Niveau 1</td><td>50 %</td><td>Unité d’obstétrique et de pédiatre</td><td>> 36 SA et > 2000 g</td></tr>
<tr><td>Niveau 2a</td><td>25 %</td><td>+ Unité de néonatalogie</td><td>≥ 33 SA et > 1500 g</td></tr>
<tr><td>Niveau 2 b</td><td>15 %</td><td>+ Unité de néonatalogie avec soins intensifs</td><td>≥ 32 SA et > 1500 g</td></tr>
<tr><td>Niveau 3</td><td>10 %</td><td>+ Unité de réanimation néonatale</td><td>< 32 SA et/ou < 1500 g
Pathologie grave</td></tr>
<tr><td>Autres</td><td>Rare</td><td colspan="2">Domicile, maisons de naissance…</td></tr>
</table>

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1re consultation avant 10 SA	2e consultation avant 15 SA
	-	**Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse**	**Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement**
Examens cliniques et biologiques	**Examen gynécologique** frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	**Réaliser un examen clinique général et gynécologique** PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	**Réaliser un examen clinique** PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4e mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites • groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) • toxoplasmose et rubéole • recherche d'agglutinines irrégulières	**Sérologies prescrites obligatoirement (1)** • groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) • toxoplasmose et rubéole • syphilis • glycosurie et protéinurie • recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B • recherche de l'antigène HBs	**Sérologies prescrites** • toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent • rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) • glycosurie et protéinurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	**Examens proposés systématiquement (2)** • sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH • dépistage combiné du 1er trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1re échographie réalisée entre 11 et 13 SA et *6 jours*) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre)	**Examens proposés systématiquement** dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1er trimestre
		Examens proposés éventuellement • examen cytobactériologique des urines (ECBU) • dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque	
Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes		
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour		
	Informer sur le suivi de la grossesse		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Consultation (Cs)	**3e Cs**	**4e Cs**	**5e Cs**	**6e Cs**	**7e Cs**
Mois de gestation	**4e mois**	**5e mois**	**6e mois**	**7e mois**	**8e mois**
Examen clinique Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	x	x	x	x	x
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	x
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	x
Sérologies à prescrire obligatoirement (1)					
• Glycosurie et protéinurie	x	x	x	x	x
• 2e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	x
• RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	x	-	x
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	x	x	x	x	x
• Hémogramme	-	-	x	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2e échographie (entre 20 et 25 SA)	x	-	-	-	-
• 3e échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	x	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	x
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	x	x	x	x	x
Examens à proposer éventuellement ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	x	x	x	x	x